

## ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ, ПСИХОМОТОРНЫХ, ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 2 СТЕПЕНИ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ТЕРАПЕВТА

*Бакалец Н.Ф., Багинская Н.Н.*

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

**Введение.** В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных и социально значимых заболеваний [1]. По прогнозам европейских экспертов к 2025 году 29,0% мужчин и 29,5% женщин в мире будут иметь артериальную гипертензию. «Органами-мишенями» поражения при АГ наряду с сердцем, почками и сетчаткой глаза является сосудистая система и головной мозг.

Приоритетным в современной гипертензиологии является поиск наиболее ранних, субклинических маркеров поражения головного мозга. Именно когнитивную дисфункцию считают ранним индикатором поражений головного мозга при АГ. Своевременно выявлять когнитивную дисфункцию, динамически мониторировать выраженность и темп ее прогрессирования - позволяет своевременно модифицировать антигипертензивную терапию и инициировать специфическое лечение энцефалопатии.

Наличие когнитивных нарушений крайне негативно влияет на качество жизни пациента и его ближайших родственников, затрудняет лечение сопутствующих заболеваний и проведение реабилитационных мероприятий. Все это обуславливает важность своевременной диагностики когнитивных нарушений у каждого конкретного пациента. На сегодняшний день окончательно не выработан единый общепризнанный протокол ведения пациентов с когнитивными нарушениями, не достигающими выраженности деменции. Поэтому, не вызывает сомнений необходимость освоения врачами первичного звена методик нейропсихологического исследования, которые позволяют объективно не только установить когнитивное снижение, провести его качественный анализ, но и количественно оценить выраженность имеющихся расстройств, чтобы отследить их динамику на фоне медикаментозной терапии. Скрининговые шкалы оценки когнитивных функций просты в применении и интерпретации, и не занимают много времени. В данной статье обобщен начальный опыт оценки когнитивных, психомоторных, психопатологических расстройств у пациентов с артериальной гипертензией в условиях работы врача общей практики и терапевтов.

**Цель исследования.** Выявить когнитивные, психомоторные, психопатологические расстройства у пациентов с артериальной гипертензией 1-2 степени на амбулаторном приеме врача общей практики, терапевта.

**Материал и методы.** Обследованы пациенты с артериальной гипертензией 2 степени, находящиеся на диспансерном учете врача-терапевта в филиалах №4 и №5 УЗ «Гомельская центральная городская поликлиника». В исследование включено 30 пациентов с АГ 30–61 лет, соответствующих критериям включения/невключения и подписавшие информированное согласие (13 мужчин и 17 женщин, средний возраст  $46,4 \pm 5,8$  года). Средняя длительность АГ составила  $4,5 \pm 1,9$  года. Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 30 до 61 лет; офисное систолическое АД (САД) – 140–179 мм рт. ст. и/или диастолическое АД (ДАД) – 90–109 мм рт. ст.; наличие медикаментозной антигипертензивной терапии; подписание информированного согласия. Критерии не включения: симптоматическая артериальная гипертензия, стабильная стенокардия напряжения ФК 3, постоянная форма фибрилляции предсердий, инфаркт миокарда, инфаркт головного мозга, опухоли, травмы головного мозга, острое

инфекционное заболевание, алкоголизм, сахарный диабет, гемодинамически значимый стеноз БЦА более 70%, хроническая болезнь почек.

В качестве антигипертензивной терапии пациенты получали: лизиноприл 5-20 мг/сут, эналаприл 10-20 мг/сут, рамилонг 5-10 мг/сут; лозартан 50 мг/сут; индапафон 2,5 мг/сут, гидрохлортиазид 25 мг/сут; метопролол 25-50 мг/сут, бисопролол 2,5-10 мг/сут. Монотерапию получали 11 пациентов с АГ (лизиноприл - 4 пациента, рамиприл - 2, эналаприл - 3, лозартан - 1, бисопролол - 1). Комбинацию из 2-х препаратов получало 13 пациентов (эналаприл+ метопролол - 4 пациента, лизиноприл + бисопролол-6, рамиприл + бисопролол - 3), из 3-х препаратов 6 человек (метопролол+ лизиноприл + гидрохлортиазид - 2 человека, рамиприл + бисопролол+ индапафон - 4).

Клиническое обследование включало: анамнез, в том числе семейный сердечно-сосудистый, опросники на предмет употребления алкоголя, курения, приверженности здоровому питанию и физической активности, комплаентности с использованием шкалы Мориски-Грина, шкала ВАШ, данные объективного осмотра, определение ИМТ, измерение окружности талии.

Лабораторное: общий холестерин, триглицериды, холестерин ЛПНП, холестерин ЛПНП и ЛПОНП, глюкоза крови, креатинин, калий, СРБ.

Инструментальное: ЭКГ, СМАД, ЭХО-КГ, ультразвуковое обследование почек и надпочечников, щитовидной железы, брахиоцефальных артерий.

Исследование когнитивных функций проводилось с помощью Монреальской шкалы - «Мока-тест», моторных функций с помощью теппинг-теста, теста линии (лабиринта), психопатологических функций с помощью опросника депрессии Бека и шкалы тревоги Спилбергера-Ханина [6, 7].

**Результаты.** У 80 % пациентов выявлено снижение когнитивных показателей (тест МоСа < 26 баллов) по отношению к норме. Причем у 4 было 26 баллов, у 22 - 25, и у 2 – 24 баллов.

Выявлено, что у пациентов со 2 степенью АГ и длительностью заболевания более 5 лет тест МоСа был 25 и меньшее количество баллов.

Снижение скорости психомоторных реакций при проведении теппинг-теста выявлено у 70% пациентов (21 человек), при этом у 18 из них длительность гипертензии была более 5 лет.

По результатам тестирования по шкале тревоги Спилбергера-Ханина у 46,6 % (14 человек) обследованных пациентов имели высокий уровень реактивной тревожности. У 36,6 % (11 человек) с помощью опросника депрессии Бека выявлены депрессивных реакций легкой степени.

По результатам шкалы оценки качества жизни SF-36 средний показатель физического компонента здоровья составил 38%, психологический компонент здоровья - 37,8%.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов с артериальной гипертензией рано появляются как когнитивные, так и психомоторные, психопатологические расстройства, которые не только не регистрируются, не мониторируются, но и не имеют специальной программы коррекции.

Весьма актуальным является создание системы раннего выявления начальных поражений головного мозга, мониторинга выявленных нарушений, подходов к их коррекции, адаптированных к условиям работы врача общей практики.

#### **Литература:**

1. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016 / N. Townsend [et al.] // Eur. Heart J. – 2016. – Vol. 37, N 42. – P. 3232–3245.

2. Захаров, В. В. Когнитивные расстройства без деменции: классификация, основные причины и лечение / В. В. Захаров // Эффектив. фармакотерапия. – 2016. – № 1. – С. 22–30.

3. Черний, В.И. Церебральная ишемия и когнитивные нарушения: актуальные вопросы / В.И. Черний, В.А. Яворская, Н.Ю. Бачинская // Здоров'я України. – 2016. – № 2(37). – С. 12–13.

4. Остроумова, Т.М. Артериальная гипертензия и когнитивные нарушения: взгляд с позиций доказательной медицины / Т. М. Остроумова, В. А. Парфенов, О. Д. Остроумова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – № 9(4). – С. 70–76.

5. Изучение выраженности когнитивных расстройств у пациентов с артериальной гипертензией / Е.В.Осипов [и др.] // Междунар. журн. прикладных и фундам. исследований. – 2015. – № 8. – С. 254–258.

6. Диагностика когнитивных расстройств у пациентов с артериальной гипертензией : учеб. пособие / В.И. Козловский [и др.]. – Витебск : ВГМУ, 2010. – 22 с.

7. Баянова, А.Е. Реактивность сердечно-сосудистой системы на психоэмоциональную нагрузку в виде теппинг-теста у здоровых мужчин и мужчин с сердечно-сосудистыми заболеваниями / А.Е. Баянова, В.С. Соловьев // Фундам. исследования. – 2012. – № 2-2. – С. 253–256.

#### **УДК 616.24**

### **НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ. ФОКУС НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ**

*Дусова Т.Н., Козловский В.И.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из пяти основных причин заболеваемости и смертности во всем мире. При этом смертность от данной патологии продолжает расти [1]. Обострения ХОБЛ являются важным аспектом заболевания, поскольку ведут к ухудшению респираторных симптомов, дыхательной функции и ухудшают прогноз. Обострения являются основной причиной госпитализации и составляют от 40% до 75% от общих затрат на лечение ХОБЛ. Обострения ХОБЛ, которые сопровождаются дыхательной недостаточностью и требуют госпитализации, приводят к быстрой потере функции легких, и способствуют значительному росту заболеваемости и смертности [2].

Большинство обострений ХОБЛ развиваются в ответ на инфекционный агент. Однако в 30% случаев обострений ХОБЛ четкой этиологии не удастся обнаружить. Одной из главных причин необъяснимых обострений ХОБЛ является тромбоэмболия, а иногда и множественная тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии (ТЭЛА). По некоторым данным, распространенность ТЭЛА при обострениях ХОБЛ составляет от 16 до 25 процентов. При этом две трети эмболий расположены в главных легочных артериях, долевых или междолевых артериях, что говорит о том, что большинство эмболий имеют важные клинические последствия и требуют антикоагулянтной терапии. У пациентов с ТЭЛА при необъяснимых обострениях ХОБЛ, значительно увеличивается время госпитализации и летальность. Эти данные заслуживают клинического внимания. Необходимо исключать ТЭЛА у пациентов с необъяснимыми обострениями ХОБЛ, особенно при наличии плевральной боли и симптомов сердечной недостаточности, когда нет четких признаков инфекционного генеза обострений [2, 3].